24

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

Calculs diverticulaires de la Vessie

PAR LE

Docteur O. PASTEAU

Communication faite à la Société belge d'Urologie, le 29 juin 1913

BRUXELLES
IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE L. SEVEREYNS
34, RUE BOTANIQUE, 34
1913

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

Calculs diverticulaires de la Vessie

PAR LE

Docteur O. PASTEAU

Communication faite à la Société belge d'Urologie, le 29 juin 1913

BRUXELLES
IMPRIMERIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE L. SEVEREYNS
34, RUE BOTANIQUE, 34
1913

Diagnostic et traitement des calculs diverticulaires de la vessie

par le Dr O. Pasteau

La question de la lithiase vésicale a été l'objet de tant de travaux, qu'il semble, à première vue, que tout ait été dit sur ce sujet et qu'il n'y ait plus à y revenir. Et cependant, à mieux y regarder, on constate que, depuis quelques années, les conditions nouvelles de la chirurgie urinaire ont quelque peu changé la face des choses :

1° *La fréquence des calculs de la vessie a diminué* notablement, et cela tient à plusieurs facteurs : on sait mieux traiter les vessies infectées, les malades se font traiter plus tôt, et certaines opérations comme la prostatectomie permettent mieux de se mettre à l'abri des récidives, en supprimant la cause de la rétention génératrice de l'infection et pourvoyeuse des calculs ;

2° *Les moyens d'investigation et de diagnostic se sont améliorés*, la *cystoscopie* et la *radiographie* ayant permis de préciser des détails qu'on ne pouvait soupçonner auparavant ;

3° *Des procédés opératoires curatifs nouveaux*, au premier rang desquels il faut placer la *prostatectomie*, ont fait leur apparition.

Pour toutes ces raisons, il y a beaucoup à reprendre dans l'histoire de la lithiase vésicale, et c'est à l'abri de ces données nouvelles que je veux parler aujourd'hui des calculs diverticulaires.

A côté des calculs développés dans la cavité vésicale, calculs plus ou moins mobiles, ou calculs fixés sur la paroi, dont le type nous est donné par les calculs orificiels faisant saillie dans l'intérieur de la vessie (calculs des orifices urétéraux et calculs urétro-vésicaux), il en existe d'autres qui ont reçu le nom de *calculs diverticulaires* (1) et sur lesquels j'ai déjà attiré l'attention il y a une dizaine d'années.

---

(1) O. Pasteau et A. Durieux. Les calculs diverticulaires de la vessie. (*Assoc. franç. d'Urol.*, 1904, p. 580.)

« Ils sont situés dans une poche développée aux dépens de la vessie, et communiquant avec elle. Ils peuvent, suivant leur volume et leur forme, ou bien être situés uniquement dans le diverticule qu'ils remplissent plus ou moins complètement, et distendent même parfois ; ou bien n'être qu'en partie logés dans le diverticule, leur autre extrémité venant faire une saillie plus ou moins grande dans la cavité vésicale. Ordinairement, ces calculs ont alors une forme en sablier, avec une grosse extrémité intradiverticulaire, une grosse extrémité intravésicale, et une portion intermédiaire amincie, qui correspond au collet musculaire de l'orifice du diverticule.

Les calculs diverticulaires peuvent être uniques ou multiples, soit qu'il en existe un ou plusieurs pour un même diverticule, soit que, sur la surface de la vessie, on trouve plusieurs diverticules contenant des pierres.

Leur forme, leur volume varie essentiellement ; il en est de même de leur composition chimique. »

Avec Durrieux, j'ai établi qu'il existe trois sortes de calculs diverticulaires :

1° Les *calculs développés dans des diverticules post-opératoires ;*

2° Les *calculs développés dans les cellules des vessies à colonnes ;*

3° Les *calculs développés dans des diverticules congénitaux,* soit au sommet de la vessie, soit dans la partie inférieure de la vessie, aux environs de l'abouchement des orifices urétéraux.

Je n'insisterai pas à nouveau sur la fréquence de ces calculs diverticulaires ; j'en ai observé, pour ma part, plusieurs cas de chaque espèce (1), et aux cas que j'ai déjà publiés, je pourrais ajouter trois nouvelles observations personnelles, ce qui n'ajouterait rien d'ailleurs à ce que nous savons déjà.

Je préfère insister sur les nouveaux moyens de diagnostic qui

---

(1) O. Pasteau in Moreau : Etude sur les calculs enchatonnés de la vessie. Thèse de Paris, 1903, obs. 114 et 115.

Calculs diverticulaires de la vessie. XIIIme Congrès international d'Urologie, Paris 1300, p. 215.

In Pasteau et Durieux. *Loc. cit.*, observ. inédites.

Les calculs de la vessie et la prostatectomie. *Paris Médical*, 1913, 3 obs. inédites.

nous permettent d'obtenir des renseignements plus précis, et sur quelques points du traitement.

DIAGNOSTIC DES CALCULS DIVERTICULAIRES.

Comme les calculs intravésicaux, et plus encore que ces derniers, les calculs diverticulaires peuvent rester *très longtemps sans déterminer de symptômes fonctionnels,* s'il ne s'y ajoute pas des complications d'infection et de cystite. Peut-être pourrait-on faire remarquer que, dans certaines observations, les *douleurs* vésicales sont plus passagères, le calcul allant se cacher dans son nid de temps en temps et devenant ainsi moins irritant pour la paroi de la vessie. Mais on sait combien souvent les calculs vésicaux restent sans déterminer de symptômes, surtout de façon continue, si bien qu'il est vraiment difficile, sinon impossible, d'établir sur de pareilles nuances un caractère diagnostique important.

Il en est de même pour ce qui est de la *fréquence* et de l'*hématurie*.

On comprend donc pourquoi les calculs diverticulaires peuvent être si longtemps insoupçonnés.

En fait, deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien *il n'y a pas d'infection vésicale ou de cystite,* et ce sont des symptômes plutôt vagues et mal déterminés qui attirent plus ou moins l'attention du côté de la vessie ;

2° Ou bien c'est une *cystite persistante,* malgré le traitement, qui fait penser à l'existence d'un calcul.

Pour être complet, l'examen vésical doit comprendre actuellement : la double palpation, l'exploration métallique, ou l'exploration au lithotriteur, la cystoscopie, la radiographie.

1° *Double palpation vésicale.* — Lorsqu'un calcul libre de la vessie est peu volumineux, il arrive fréquemment que le double palper, fait avec toutes les précautions nécessaires, ne permet pas de le sentir. Par contre, *si le calcul est bien fixé, même s'il est petit, les sensations perçues par le doigt rectal au cours du toucher combiné à la palpation hypogastrique, sont beaucoup plus nettes*. On comprend dès lors combien le double palper peut rendre de services dans les cas de calculs diverticulaires, en particulier s'il s'agit de calculs logés dans les diverticules latéraux congénitaux.

Il convient de signaler ici la possibilité d'une erreur de dia-

gnostic dont je trouve la trace dans deux observations, l'une récemment publiée par Nogier et Reynard (1), l'autre qui m'est personnelle : le voisinage du calcul bien fixé au voisinage de la base d'un des lobes de la prostate, fait *penser à une hypertrophie ou à une tumeur de cette prostate.* Quand le calcul est volumineux, il n'est à la vérité guère de moyen de le différencier par le toucher d'une lésion de la base de la prostate.

2° *Exploration métallique et exploration au lithotriteur.* — Si le calcul est complètement logé dans le diverticule, soit de façon permanente, soit accidentellement au moment de l'examen, l'exploration métallique et l'exploration au lithotriteur sont naturellement négatives.

Si le calcul est en sablier, c'est-à-dire à la fois intradiverticulaire et intravésical, l'instrument métallique permet de reconnaître l'existence d'une pierre fixée, qu'on retrouve toujours à la même place, et qu'*on explore difficilement. Le résultat de cet examen ne semble pas répondre absolument aux résultats fournis par la double palpation vésicale,* qui paraît en général annoncer un calcul plus volumineux.

3° *Cystoscopie.* — Plusieurs cas peuvent se présenter :

A) *On a constaté par l'exploration métallique la présence d'un calcul vésical qu'on ne retrouve pas à la cystoscopie.*

Il faut alors examiner par principe les régions où se trouvent normalement les diverticules : sommet de la vessie, voisinage des uretères ; et si on peut voir l'orifice d'un diverticule, on a aussitôt la clé du problème, comme cela m'est arrivé dans un cas personnel.

B) *Un calcul a été trouvé absolument fixé, toujours sur le* même point de la paroi vésicale, et même, comme je l'ai dit plus haut, le volume diagnostiqué par l'exploration métallique ne répond pas au volume diagnostiqué par la double palpation.

La cystoscopie donne des renseignements de première valeur. Si elle fait constater la présence de cicatrices d'opérations antérieures, ou l'existence de colonnes avec cellules multiples.

« S'il s'agit d'un calcul enchatonné au voisinage des orifices urétéraux, sans qu'il existe d'autres cellules dans la vessie, on

(1) Nogier et Reynard. Un cas rare de grand diverticule vésical bourré de calculs. (*Journ. d'Urol.*, 1913, avril, p. 475.)

doit penser aux diverticules congénitaux; et cela a une importance pratique considérable, car il existe assez souvent deux diverticules symétriques placés à droite et à gauche de la vessie (1). »

4° *Radiographie.* — Je ne veux pas m'étendre ici sur la valeur de la radiographie dans le diagnostic des calculs urinaires; c'est un sujet actuellement bien connu. On sait qu'il y a actuellement *des calculs qu'on voit bien, d'autres qu'on voit mal, d'autres qu'on ne voit pas du tout.* Ce n'est pas parce qu'un calcul est dans un diverticule qu'il deviendra plus ou moins visible à l'écran ou sur la plaque photographique. Je ne veux donc parler que des calculs assez visibles, et en particulier des calculs phosphatiques ou oxaliques ou de ceux qui sont recouverts par une couche assez opaque aux rayons.

Suivant la place qu'ils occupent, les ombres calculeuses se montrent en un point ou en un autre sur l'épreuve et *rien ne permet de différencier à la radiographie simple les calculs diverticulaires des calculs intravésicaux.* Il faut employer d'autres procédés plus compliqués.

La *radiographie faite après remplissage de la vessie au moyen d'un liquide opaque aux rayons,* comme une solution de collargol, prend alors une grande importance. Deux cas viennent d'en être publiés récemment: l'un est de Nogier et Reynard, l'autre a été publié par moi en collaboration avec mon ami Bellot, dont vous allez pouvoir apprécier les belles radiographies (1). Voici comment nous avons procédé. Je résume en quelques mots notre observation :

1° Sur *une première épreuve obtenue dans le décubitus dorsal,* avec compresseur, on constate, d'une part, la présence d'une petite ombre gauche qui semble correspondre à un calcul intravésical; d'autre part, une ombre large située sur la partie droite du petit bassin, et répondant à un autre *calcul volumineux.*

Il faut noter, pour terminer, que sur la face interne de cette ombre calculeuse, on voit une zone également opaque, qui semble quelque peu séparée dans sa moitié inférieure de la masse calculeuse principale;

---

(1) Cf. Pasteau et Durieux. *Loc. cit.*

(1) Pasteau et Bellot. Calcul diverticulaire de la vessie et radiographie. *Bull. de la Soc. de Radiologie de Paris*, 10 juin 1913.)

2° Sur une *deuxième épreuve obtenue après remplissage de la vessie avec une solution de collargol à 5 %, dans le décubitus dorsal,* les rayons arrivant un peu obliquement sur la paroi abdominale, de façon à ce que l'ombre du pubis ne vint pas se superposer à l'ombre calculeuse, ou à l'ombre du collargol, on obtient sur la plaque la limite nette du fond de la vessie. On voit sur cette épreuve que l'ombre calculeuse est nettement séparée de l'ombre vésicale par un petit sillon. Toutefois la partie supérieure de la zone interne du calcul semble disparaître plus complètement dans l'ombre du collargol.

Il résulte de ces constatations que le *calcul ne se trouve pas plongé dans l'ombre du collargol*; il est comme séparé de cette ombre dans presque toute sa hauteur.

Sur le bord gauche de l'ombre vésicale, on perçoit, d'autre part, une ombre séparée de la première, du volume d'une pièce de vingt centimes et qui semble en quelque sorte située symétriquement par rapport à l'ombre calculeuse, aux extrémités d'un même diamètre transversal vésical.

Le diagnostic s'imposait : il s'agissait de *deux diverticules vésicaux juxta-urétéraux, dont l'un était rempli de collargol* arrivé dans ce petit diverticule au moment du remplissage de la vessie, *et dont l'autre était rempli et dilaté par un calcul.*

Pour terminer, je signalerai que la petite ombre calculeuse postérieure et gauche se trouvait englobée dans l'ombre vésicale ; c'était bien un *calcul de la vessie* surajouté ;

3° Sur une *troisième épreuve, obtenue dans le décubitus dorsal avec élévation du bassin,* on voit nettement le collargol descendre vers la partie supérieure de la vessie, l'ombre calculeuse restant en place et gardant les mêmes rapports avec l'ombre vésicale ;

4° Sur une *quatrième et dernière épreuve, obtenue dans la position verticale,* la vessie sembla s'élargir, s'étaler, mais à gauche seulement, l'ombre calculeuse restant toujours dans les mêmes rapports avec l'ombre vésicale.

On voit comment, dans notre observation, le diagnostic fut éclairé par la radiographie. Dans l'observation lyonnaise, il en fut de même et on put également faire le diagnostic de calcul diverticulaire et de calcul vésical.

Nous avons pu également assurer qu'une partie de calcul diverticulaire se prolongeait dans la vessie, puisqu'elle avait été englobée dans l'ombre du collargol.

Bref, *la radiographie a permis de pousser ici le diagnostic jusque dans ses plus fins détails.*

TRAITEMENT DES CALCULS DIVERTICULAIRES.

Le traitement des calculs diverticulaires peut se résumer en quelques mots : il faut partir de ce principe qu'*il importe avant tout d'enlever tous les calculs et de ne laisser aucun fragment* dans la paroi vésicale ou à l'intérieur de la vessie.

1° Sans doute, si le calcul est petit et mal fixé, s'il s'est développé en particulier au niveau d'une cicatrice de taille ou au niveau de cellulles d'une vessie à colonnes, on peut parvenir, à l'aide des *cystoscopes opérateurs* ou des *mandrins rigides montés sur le cystoscope à cathétérisme urétéral,* à déloger ces petits fragments et à les amener dans la vessie, d'où il est dès lors facile de les extraire. Cela est d'autant moins dangereux qu'on peut ensuite, avec l'aide de la radiographie et de la cystoscopie, s'assurer qu'il ne reste pas de fragments passés inaperçus et laissés en place ;

2° Mais le plus souvent, ou parce que le calcul est complètement intradiverticulaire, ou parce qu'il est en grande partie intradiverticulaire, on ne peut pas agir ainsi utilement. Force est de recourir à la taille, car la lithotritie ne permet d'atteindre qu'une partie du calcul, la partie intravésicale. La taille est donc indiquée, la *taille sus-pubienne* naturellement. Je l'ai faite plusieurs fois dans ces conditions, mais il est bon d'ajouter à ce propos une remarque :

3° *Quand on opère dans une vessie calculeuse, il faut aller par principe chercher les orifices des diverticules possibles et les explorer.* Dans un cas, j'ai pu, en allant chercher du côté opposé à celui d'où j'avais déjà extrait des calculs intradiverticulaires, trouver dans un diverticule symétrique d'autres fragments calculeux qui auraient certainement passé inaperçus, si je n'avais pas été les chercher par principe.

Dans un autre cas, intervenant pour une prostatectomie sus-pubienne, j'ai cherché par principe les diverticules, et, d'un côté, j'ai retiré un calcul intradiverticulaire.

4° Une fois la taille faite, *comment faut-il agir pour enlever le calcul diverticulaire ?*

Si le *calcul est petit,* la chose est facile : un peu de dilatation de l'orifice suffit pour introduire le doigt ou une petite tenette.

La manœuvre est beaucoup moins aisée, si *le calcul est très volumineux,* comme dans mon dernier cas. Il faut *inciser largement l'orifice* du diverticule pour extraire le calcul, ou *faire*

la lithotritie intradiverticulaire, ou bien aller par *en dehors de la vessie, inciser le diverticule ou l'enlever tout entier avec le calcul* qu'il renferme. Or il est utile de remarquer que s'il s'agit d'un malade infecté, les manœuvres peuvent devenir singulièrement dangereuses.

Il est toujours préférable, à mon avis, de faire, toutes les fois qu'on le peut, le broiement du calcul sur place.

Si le calcul est très volumineux et très opaque à la radiographie, si la vessie est très infectée, il y a beaucoup de chances pour que le calcul soit phosphatique. Il existe souvent alors en arrière du calcul, dans le diverticule, une petite quantité d'urine purulente en permanence; à ce niveau, le calcul est moins dur, plus friable. Si on arrive peu à peu à introduire le doigt le long de la pierre jusqu'en arrière d'elle, on peut pénétrer dans le calcul par sa partie profonde, l'effondrer, le broyer entre le doigt intradiverticulaire et un doigt rectal. Une fois la pierre fragmentée, il est aisé d'en amener les débris dans la vessie et de les extraire sans faire courir au malade le moindre danger;

5° Je terminerai par une remarque d'ordre général : le développement de la prostatectomie sus-pubienne a quelque peu modifié notre manière d'agir en cas de calculs vésicaux.

« *Alors qu'il y a quelques années la taille pour calcul ne vivait que des contre-indications de la lithotritie, actuellement, chez les prostatiques calculeux, la lithotritie doit de plus en plus céder la place à la prostatectomie* (1). » Mais de plus, *quand on se trouve en présence de cas qui mènent à la taille sus-pubienne*, comme ceux des calculs diverticulaires, même petits, *il faut, si la prostate est grosse et à moins de contre-indications absolues, en profiter pour terminer par une prostatectomie*, plus capable que toute autre intervention, de mettre le malade à l'abri de récidives ultérieures, qu'il s'agisse de calculs primitifs ou de calculs secondaires.

---

(1) Cf. O. PASTEAU. Les calculs de la vessie et la prostatectomie. (*Paris Médical*, avril 1912.)